



University of Groningen

De prijs van het gelijk

Willemse, Pax Hendrik Bertinus

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2007

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Willemse, P. H. B. (2007). De prijs van het gelijk. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

De prijs van het gelijk

Rede

uitgesproken bij het aanvaarden van het ambt van
bijzonder hoogleraar in de evaluatie van de
doelmatigheid en maatschappelijke aspecten van
behandelingen de Medische Oncologie betreffende,
aan de faculteit der Medische Wetenschappen van de
Rijksuniversiteit van Groningen

op 24 april 2007

door

Dr. P.H.B. Willemse

Aan mijn moeder

Ter nagedachtenis aan mijn vader

Meneer de rector magnificus en overige leden van het College van Bestuur van onze Universiteit, mijnheer de decaan en overige leden van de Raad van Bestuur van het UMCG, leden van de Raad van Toezicht en Directeur van het Integrale Kankercentrum Noord Nederland, collega's, studenten en overige aanwezigen,

De prijs van het gelijk

Om te beginnen wil ik een omschrijving geven van het begrip “*Doelmatigheid*” uit mijn leeropdracht. De Grote van Dale benoemt het begrip ‘Doelmatigheid’ als volgt:

.....In overeenstemming met het doel waarvoor het gemaakt of bedoeld is....

Het College voor Zorgverzekeringen CVZ verbindt hieraan een economische waarde, namelijk: *(kosten)effectiviteit*. Een geneesmiddel dat weliswaar werkzaam is, maar te kostbaar in het gebruik, is dan niet meer doelmatig, dwz niet “kosteneffectief”. Voor patiëntverenigingen heeft dit echter een negatieve bijklank, omdat hun behandeling zo eigenlijk tot een “gezondheidsproduct” wordt gedevalueerd.

De centrale vraag is of financiële aspecten hierbij een rol moeten spelen en ik zal proberen U mijn standpunt hierover duidelijk te maken. Ik zal op de verschillende aspecten van dit begrip ingaan en ik zou mijn rede als volgt willen opbouwen:

- Als eerste wil ik terugblikken op de ontwikkelingen in de medische oncologie, toegespitst op de behandeling van borstkanker, wegens het frekvent voorkomen van deze aandoening; dus *hoe het was*....

- vervolgens wil ik een schets geven van de problemen die ontstaan bij een eerlijke en transparante verdeling van beschikbare financiële middelen bij de behandeling van patiënten met kanker, de spelers in het maatschappelijke krachtenveld en de “Prijs van het gelijk” de financiële gevolgen van deze keuzes, dus *hoe het nu is*, en tenslotte een vooruitblik:
- de effecten die deze ontwikkelingen hebben op de patiëntenzorg, de medische opleiding en de mogelijkheden voor verder onderzoek, dus *hoe het ooit zou kunnen worden*.....

Hoe het was, met als voorbeeld: de behandeling van borstkanker

Wanneer men terugblijkt op de veranderingen in de afgelopen 25 jaar bij de diagnostiek en behandeling van borstkanker, moet men wel onder de indruk komen van de toegenomen mogelijkheden, zoals de borstkankerscreening en het gedetailleerde pathologisch onderzoek van tumor en schildwachtklier, en ook de nieuwe mogelijkheden van DNA-micro-arrays.

Er hebben verbeteringen plaatsgevonden in de chirurgie, zoals minder ingrijpende, borstsparende operaties en de schildwachtklier biopsie, en in de radiotherapie, met nauwkeuriger en effectievere bestraling. Ook hebben we vooruitgang geboekt in de aanvullende, medicamenteuze therapie: zowel bij de hormonale behandeling, men denke aan de komst van de Aromataseremmers, als bij de chemotherapie, die effectiever is geworden door het gebruik van

anthracyclines en taxoiden, en sinds kort zelfs door immuuntherapie met monoclonale antilichamen zoals Herceptin.

Steeds hogere kosten van geneesmiddelen tegen kanker

Kanker is een aandoening van de oudere mens. Tweederde van alle nieuwe patiënten met kanker is ouder dan 60 jaar en met het toenemen van de gemiddelde leeftijd zal het aantal nieuwe patiënten de komende 10 jaar stijgen van 70.000 nu naar 95.000 per jaar in 2015, een toename van maar liefst 40%. Ook de incidentie van borstkanker neemt toe, inmiddels krijgen in Nederland jaarlijks meer dan 12.000 vrouwen deze diagnose te horen. Gelukkig blijft het meerendeel van hen, meer dan driekwart, tegenwoordig vrij van recidief en in leven. Dat is voor een deel te danken aan een vroegere diagnose, deels ook aan effectievere behandeling: operatie, bestraling, maar ook door meer en betere medicijnen tegen kanker.

Men spreekt tegenwoordig vaak over targeted therapy, doelgerichte therapie, en een goed voorbeeld daarvan is de hormonale therapie. Het doel van behandeling is het uitschakelen van het vrouwelijk hormoon oestrogeen en het doelwit is de oestrogeen receptor in de tumorcel. De meest van deze hormonale middelen, zoals tamoxifen en de aromatase remmers, worden als tablet en dus buiten het ziekenhuis, toegediend. Dat betekent dat de kosten van deze hormonale therapie volledig door de Zorgverzekeraars worden gedekt. De meeste chemotherapie, cytostatica zoals anthracyclines en taxoiden, maar ook Herceptin, moeten echter intraveneus, dus per infuus worden gegeven, binnen de

muren van het Ziekenhuis, dus intra-muraal. De kosten vallen dan binnen het all-in pakket, dwz dat er (tot voor kort) geen aparte vergoeding mogelijk was, alle kosten voor geneesmiddelen maakten onderdeel uit van de vaste ligprijs en daarmee van het beschikbare ziekenhuisbudget.

De kosten nemen steeds verder toe

In Nederland vormen nieuwe medicijnen een aanzienlijke kostenpost binnen het ziekenhuis. De totale uitgaven aan intramurale geneesmiddelen was in 2003 plusminus 500 miljoen en de uitgaven aan medicijnen tegen kanker plusminus 100 miljoen, dus zo'n 20% hiervan. De totale medicijnkosten stegen 10% ten opzichte van 2002, maar de anti-kankermiddelen toonden een groei van 25%. Ergo, de groei van de uitgaven aan oncolytica is aanzienlijk groter dan van de overige geneesmiddelen. De totale kosten van de 11 anti-kankermiddelen op de speciale vergoedingslijst voor zgn. "Dure geneesmiddelen" steeg in 5 jaar (van 1998 naar 2003) zelfs met een factor 5, namelijk van plusminus 15 naar maar liefst 65 miljoen. Dit wordt veroorzaakt doordat er steeds meer effectieve geneesmiddelen ter beschikking komen; het indicatiegebied zich steeds meer uitbreidt, en de verwachtingen van de patiënt toenemen, gevoed door de media en het internet.

Als voorbeeld voor de gestegen kosten noem ik de veranderingen in de aanvullende behandeling van borstkankerpatiënten na een operatie. Vijftien jaar geleden kostte de

behandeling met de beproefde standaardcombinatie chemotherapie (CMF) enkele honderden euro's, nu kost een effectievere behandeling met anthracyclines enkele duizenden, met taxanen in de tienduizend, en aangevuld met Herceptin nog eens € 35.000,- per jaar extra. Zeer onlangs is ook Avastin geregistreerd voor gebruik bij borstkanker. Dit middel blokkeert de groei van nieuwe bloedvaten in tumorweefsel en remt daarmee de tumorgroei. De prijs voor één jaar behandeling met Avastin is alweer het dubbele van de prijs voor Herceptin, namelijk 70.000,- Euro. Er is bovendien steeds sprake van verminderende meeropbrengst, tegenover kleine (lineaire) verbeteringen in therapeutische winst staat een onevenredige (exponentiele) toename van de uitgaven. Het is duidelijk dat wij op niet al te lange termijn een plafond zal gaan bereiken, waar behandeling met deze effectieve nieuwe middelen een te grote belasting zullen betekenen voor het ziekenhuisbudget, en mogelijk zelfs voor het nationale budget van de gezondheidszorg.

De huidige situatie: steeds meer nieuwe en dure medicijnen

Borstkanker mag met recht een volksziekte genoemd worden, 1 op elke 9 vrouwen zal in de loop van haar leven hiermee te maken krijgen. Door de hiervoor geschetste ontwikkelingen in de behandeling kan de kans op terugkeer van de ziekte tegenwoordig tot de helft worden teruggebracht, weliswaar een fraai resultaat maar nog steeds niet ideaal.

De mogelijkheden voor behandeling van borstkanker breiden zich steeds meer uit: de reeds genoemde taxoïden hebben nu een vaste plaats gekregen in de aanvullende behandeling, evenals Herceptin, een monoclonaal antilichaam gericht tegen de HER2 receptor, die bij omstreeks 1:5 mammatumoren voorkomt, dus bij een geselecteerd aantal patiënten.

Zoals u uit de media heeft kunnen vernemen, zijn er in het recente verleden problemen geweest bij de verstrekking van Herceptin. In een rapportage door de Nederlandse Borstkanker Patiënten Vereniging bleek dat er aanzienlijke regionale verschillen bestonden in het voorschrijven van Herceptin, zogenaamde “postcode-prescriptie”. Deze ongelijkheid in voorschrijven was deels een gevolg van de toenmalige systematiek, waardoor er grote verschillen konden ontstaan in het percentage van de kosten dat aan de ziekenhuizen werd vergoed.

Maar eerst: waardoor komen er zoveel nieuwe middelen ter beschikking?

De veranderingen in geneesmiddelenonderzoek

Het zijn inderdaad bewogen tijden, zowel in de politiek als in de medische wetenschap. Verbeteringen in diagnostiek vinden vrij geruisloos plaats: ontwikkeling van de spiraal CT, betere MRI-scans en PET-onderzoek met zeer gevoelige tracers; daarnaast is er haast een stortvloed (een tsunami) aan nieuwe geneesmiddelen en nieuwe

indicaties ontstaan. Hoe worden nieuwe en actieve geneesmiddelen tegenwoordig ontdekt en ontwikkeld?

Dankzij de toegenomen inzichten op het terrein van de moleculaire biologie, is men nu in staat om één bepaalde receptor met een groeistimulerende functie op de kankercel te isoleren en hiertegen antilichamen op te wekken. Deze monoclonale, dat wil zeggen zeer specifieke, antilichamen hebben een blokkerend effect op de werking van alléén die receptor. Borstkanker-cellen bevatten vaak een receptor op het celoppervlak, de Humane Epitheliale Groeifactor Receptor, of HER2-receptor. Na toediening van het antilichaam Herceptin wordt deze receptor geblokkeerd en de kankercel sterft af. Op deze wijze, door gericht onderzoek, komen er vele, zeer specifieke nieuwe monoclonalen ter beschikking.

Een tweede groep nieuwe middelen zijn de zogenaamde Tyrosine-Kinase remmers. Kankercellen vertonen ongeremde groei en daarmee gepaard ook verhoogde activiteit van bepaalde enzymen, tyrosine-kinases, boodschapper-enzymen die het groeistimulerende signaal van bijv. de HER2 receptor “vertalen” naar versnelde groei en deling van de kankercellen. Zeer gericht kan nu worden gezocht naar de meest effectieve blokkeerder, die vervolgens grootschalig kan worden geproduceerd en getest.

Nieuwe geneesmiddelen worden altijd door patenten beschermd. Door dit monopolie op een nieuw geneesmiddel is een farmaceutische firma in staat om de prijs geheel naar eigen inzicht en goeddunken vast te stellen.

De Vergoedingsregeling Taxoiden

De discussie over de hoge kosten van nieuwe geneesmiddelen begon in feite al in de jaren '90 over de taxoïden. Op instigatie van de Vereniging Integrale Kankercentra, het VIKC, werd er door onze beroepsgroep, (in samenspraak met de patiëntenvereniging), de zogenaamde "Richtlijn Gebruik Taxoïden in de Algemene Praktijk" opgesteld. Daarbij werden regels opgesteld betreffende het gebruik en vond er geregeld overleg plaats met het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), toen nog Ziekenfondsraad geheten, over de vergoeding. Na herhaalde discussies en mede onder druk van de media, werd uiteindelijk toegezegd dat de taxoiden gedurende een periode van 2 jaar met terugwerkende kracht mochten worden vergoed uit een apart hiervoor gereserveerd budget, mits het gebruik gedurende die periode zou worden geregistreerd door het VIKC.

Aldus geschiedde en in 2000 konden door collega Renée Otter samen met mij de resultaten van dit registratieonderzoek, het Landelijk Onderzoek Taxoïden gebruik, of LONT worden aangeboden. Het bleek dat het aantal patiënten met borstkanker beduidend lager was dan verwacht: hooguit een kwart van het aantal patiënten dat naar schatting in aanmerking kwam, was in feite ook met taxoïden behandeld. Het bleken vooral de jongere patiënten te zijn, die voor behandeling in aanmerking waren gekomen. Het leek erop dat wij, dus onze collega's, veel te kritisch waren geweest bij het inzetten van deze middelen, waarschijnlijk mede op basis van

kostenoverwegingen en onzekerheid over de hoogte van de vergoedingen.

De subsidieregeling zelf oogstte ook weinig lof door de administratieve rompslomp bij de uitvoering. Toen de looptijd verstreken was, waren er inmiddels ook problemen ontstaan over de vergoeding van een aantal andere cytostatica. Daarom werd nu een nieuwe regeling ingesteld: wanneer aangetoond kon worden, dat een geneesmiddel een bepaalde kostengrens had overschreden, dan mocht het op een zogenaamde “vergoedingslijst” worden geplaatst. Die kostengrens bedroeg voor elk individueel geneesmiddel 0,5% van het totale geneesmiddelenbudget, een bedrag van plusminus 2,5 Miljoen. Dit moest eerst door de ziekenhuizen worden voorgefinancierd, bovendien mochten de kosten slechts tot maximaal 75% vergoed worden. De ziekenhuisdirecties moesten daarvoor wel eerst met de verzekeraars onderhandelen over de hoogte van het vergoedingspercentage, met de hierboven geschetste regionale verschillen.

Op basis van de toenemende problemen met onder andere Herceptin, is de vorige Minister van VWS, Hoogervorst pas vorig jaar akkoord gegaan met een aanpassing van de regeling: de verzekeraars moeten nu een vast percentage van 80% van deze middelen vergoeden, maar 20% blijft nog steeds voor rekening van het ziekenhuis. Dat kan ertoe leiden dat sommige middelen nog te kostbaar zijn voor het ziekenhuis, bijvoorbeeld zoals nu het geval is met een middel tegen macula-degeneratie, ouderdoms blindheid, dat

in sommige huizen niet mag worden gegeven, zoals onlangs in de pers werd vermeld.

De voorwaarde die de minister aan deze regeling heeft verbonden is, dat voor elk middel een zogenaamd *doelmatigheidsonderzoek* moet geschieden, waarin moet worden aangetoond, dat toepassing van het middel voor de geregistreerde indicatie naast doelmatig inderdaad ook kosteneffectief is. Over dit laatste, de meting van kosteneffectiviteit en doelmatigheid straks meer.

Nu eerst enkele woorden over de situatie in Nederland, namelijk de

Oprichting van de NVMO (en de Commissie BOM)

In Nederland is de medische/ of interne oncologie nog maar een jong vakgebied. In het begin van de jaren '90 werd een formele registratie als medisch oncoloog mogelijk en pas in 1997 werd de NVMO (Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie) opgericht

In die periode, besloot de toenmalige minister van VWS, Els Borst, mede gebaseerd op een uitspraak van het centraal tuchtcollege, dat elke behandeling, die volgens de beroepsgroep op basis van voldoende wetenschappelijk onderzoek als standaard werd beschouwd, door de verzekeraar moest worden vergoed. Dit betekende dat onze Vereniging moest komen tot een methode voor meer gestructureerde beoordeling van nieuwe anti-kankermedicijnen. Er werd een commissie opgericht 'ter Beoordeling van Nieuwe Oncologische Middelen', de Commissie-BOM en er werden criteria

opgesteld, zoals de eis tot voldoende wetenschappelijk bewijs. De besluiten van de Commissie worden openbaar gemaakt op de website van de Vereniging, onder het hoofdje Bom-meldingen, en worden in het Tijdschrift Medische Oncologie gepubliceerd.

Wat wordt er precies verstaan onder “Doelmatigheid”

In de Cie houden wij ons uitsluitend bezig met de effectiviteit ofwel de “meerwaarde” van een nieuw geneesmiddel. Door vergelijkend onderzoek wordt bepaald of het middel een grotere effectiviteit of minder bijwerkingen bezit dan een bestaande standaardbehandeling. Zo blijkt, dat toevoeging van Herceptin aan de bestaande behandeling bij borstkanker, de kans op terugkeer van de tumor halveert en dat de overlevingskans daarmee aanzienlijk toeneemt. Daarnaast worden bij de beoordeling uitsluitend de kosten van behandeling vermeld, maar er wordt door de Cie geen uitspraak gedaan over de *doelmatigheid* (ofwel de *kosteneffectiviteit*), d.w.z. of men vindt de kosten van behandeling opwegen tegen het behaalde resultaat.

Een andere maat voor doelmatigheid kunnen de “kosten per gewonnen levensjaar” zijn. Stel dat een bepaalde behandeling 100.000 Euro moet kosten, een mooi rond bedrag, en dat daarmee een winst kan worden behaald van 10 extra levensjaren, dan zijn de kosten van deze behandeling 10.000 Euro per gewonnen jaar, en dat lijkt niet teveel. Wanneer de winst van deze behandeling echter slechts één maand is, dan worden de kosten van dit “gewonnen levensjaar” aanzienlijk hoger, nl. 12 x 100.000, dus 1,2 M, en is de

behandeling veel minder doelmatig en kosteneffectief. Het laatste voorbeeld klinkt U misschien erg overdreven in de oren, maar ik kan U verzekeren dat deze beperkte winst een niet heel uitzonderlijke situatie is in het huidige tijdsgewricht, bijvoorbeeld bij de behandeling van longkanker met Avastin.

Aanleggen van financiële grenzen voor behandeling?

Het grote voordeel van het extern bepalen van een *vaste financiële grenswaarde* voor kosten-effectiviteit, dus voor de “doelmatigheid” van een behandeling is, dat het ethische dilemma uit de spreekkamer kan verdwijnen. De behandelend arts hoeft voor een individuele patiënt niet meer te beslissen of hij/zij wel of niet in aanmerking komt voor een kostbare behandeling, met in zijn achterhoofd steeds de vraag: “kan mijn ziekenhuis deze kosten nog wel opbrengen”. Ik verzeker U dat deze vraag nog steeds een grote rol speelt bij beslissingen om een bepaalde behandeling wel of niet in te stellen. Hoeveel eenvoudiger zou het niet zijn, als deze kosten geheel door de verzekeraar zouden worden gedragen en indien dit dilemma uit de spreekkamer zou verdwijnen! Dat betekent echter dat het ethische dilemma in de spreekkamer vervangen wordt door het sociale dilemma: doe ik het ziekenhuis c.q. de gemeenschap als geheel geen tekort door deze keuze? (Immers, dokters vormen ook een deel van onze gemeenschap).

Mijn collega en al jarenlange vaste fiets-metgezel prof. Dirk Sleijfer heeft al jaren geleden gepleit voor het accepteren van een

limiet voor zeer kostbare behandelingen, in een voordracht met als titel: “Moet alles wat kan?”. Binnen de Commissie-BOM hebben wij ook geregeld pittige discussies gevoerd over het vaststellen van een bepaalde grenswaarde voor de kosten van nieuwe geneesmiddelen, maar we hebben ons altijd op het standpunt gesteld dat een oordeel daarover niet uitsluitend is voorbehouden aan de behandelaars. Zij zijn immers verplicht om getrouw aan hun eed en volgens de WGBO te zorgen voor de meest optimale behandeling van elke individuele patiënt. Anderen hebben dat echter wél aangedurfd:

De werkgroep die de 3^e cholesterol consensus heeft opgesteld in 1998 achtte destijds een kosten-effectiviteits ratio van 40.000,- gulden per gewonnen levensjaar (nu plusminus 18.000 Euro) redelijk. Een *economische waarde* doet zo zijn intrede in de medische standaard, de indicatie tot behandeling. Op micro-niveau, dus in de spreekkamer, mag deze economische waarde dan ook niet meer ter discussie staan. De discussie dient zich dan uitsluitend te beperken tot de objectieve afweging van de te behalen winst bij behandeling, op basis van evidence-based, objectief wetenschappelijk onderzoek.

De RVZ en het rapport Zinnige en Duurzame Zorg

Ook de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft in een rapport ‘Zinnige en Duurzame Zorg’ een uitspraak gedaan over de maximale grenswaarde voor dure geneesmiddelen, namelijk een bedrag van ongeveer € 80.000,-- per gewonnen levensjaar. Men is daarbij uitgegaan van een drietal punten, namelijk

1. urgentie of *noodzaak* van behandeling,
2. de *doelmatigheid* van een specifieke behandeling (dwz de kosten van een gewonnen levensjaar) en
3. als derde het principe van de *rechtvaardigheid*, namelijk gelijke behandeling en gelijke toegang tot de zorg. Deze criteria van *gelijkheid en gelijke toegang* tot zorg zijn ethisch en juridisch belangrijke uitgangspunten. De titel van deze oratie, “de Prijs van het Gelijk” wijst op de vraag, wat dit beginsel van gelijkheid ons waard is. Het verwijst naar de maatschappelijke consequenties van een dergelijk keuze. Het kan grote financiële gevolgen met zich meebrengen, als wij als maatschappij besluiten om alle kosten op basis van onderlinge solidariteit en verbondenheid gezamenlijk te dragen. Men kan zich afvragen of deze solidariteit de komende jaren wel zal kunnen worden gehandhaafd, in het licht van de toenemende kosten van de Zorg.

Men kan drie vormen van solidariteit onderscheiden: die naar *inkomen*, dwz de hogere inkomens betalen mee voor de lagere, naar *risico*: mensen met een laag ziekte-risico steunen zo degenen met een hoger risico, en *de leeftijd*: jongeren betalen mee voor de oudere verzekerden. Vooral die laatste vorm van solidariteit zal de komende jaren steeds meer onder druk komen te staan, door de vergrijzing en door het feit dat het grootste deel van het budget gaat naar slechts een minderheid, met name oudere patiënten in de laatste levensfase.

Je kan je nu al afvragen of er nog wel sprake is van voldoende solidariteit? De Raad (RVZ) noemt immers ook al een aantal behandelingen, die voor eigen rekening en verantwoording moeten worden verricht, zoals bijvoorbeeld tandheelkundige zorg of fysiotherapie of In Vitro Fertilisatie IVF, die nu apart moeten worden bij- verzekerd. Wat dit aangaat is de volledige solidariteit in feite dus al verlaten!!

Aan wie is de keuze bij het bepalen van de doelmatigheid: de spelers in het veld der gezondheidszorg

Wie zou er dan wel over de grenzen van doelmatigheid moeten en mogen oordelen? Kunnen we dit overlaten aan de afzonderlijke groeperingen, zoals patiënten, artsen, ziekenhuizen en apothekers, verzekeraars, of is dit een primaat voor de politiek?

Individuele patiënten hebben veel over voor behandeling. Vele jaren geleden meldde Slevin al de resultaten bij een groep kankerpatiënten die mochten kiezen wat ze over zouden hebben voor een (zeer kleine) kans op genezing. De meeste ondervraagden kozen toch voor een zware en dure behandeling met veel bijwerkingen, zelfs voor een kleine genezingskans van 1% of één maand levenswinst, veel vaker dan een ondervraagde groep verpleegkundigen of artsen. Dat betekent dat doelmatigheid een uiterst subjectief begrip is, en dat het doel van behandeling kan verschuiven, afhankelijk van de situatie.

Artsen zijn gebonden door hun eed en door de Wet op de Geneeskundige Behandelings Overeenkomst, WGBO, om alle

erkende en dus in principe doelmatige behandelopties met hun patiënt te bespreken en de beste hieruit te kiezen, ongeacht de financiële en maatschappelijke gevolgen.

Ook ziekenhuizen zijn verplicht om de optimale zorg te verlenen en zijn mijns inziens niet de juiste partij om deze afwegingen te maken. De verzekeraars, die tegenwoordig geacht worden om de "Regie in de Gezondheidszorg" te voeren, zijn wettelijk verplicht tot het vergoeden van ...“alle behandelingen, die door de artsen/behandelaars als standaard (en dus als doelmatig) zijn geaccepteerd.... Wanneer dit principe zou worden verlaten en dure of gecompliceerde behandelingen apart zouden moeten worden bijverzekerd, dan zou het principe van solidariteit worden verlaten. Dat is in strijd met de algemeen aanvaarde grondbeginselen van gelijkheid en solidariteit: gelijke rechten op een goede gezondheidszorg. Als wij dit principe om financiële redenen werkelijk zouden moeten loslaten, dan zouden we terecht komen in éénzelfde situatie als de USA, waar een aanzienlijk deel van de bevolking geen toegang heeft tot adequate zorg, omdat zij daarvoor niet verzekerd is.

Het is duidelijk dat *alleen de politiek* in staat is om dergelijke financiële grenzen aan te geven. Immers, zij maken ook uit wat de hoogte is van uitkeringen bij ziekte of werkloosheid evenals de hoogte van het minimumloon. Helaas heeft zij tot dusverre verstek laten gaan en heeft haar verantwoordelijkheid niet durven nemen.

In een enquête door het bureau Flycatcher in 2005 onder 2200 Nederlandse burgers werd gevraagd of er grenzen aan behandelingen

in de zorg gesteld zouden moeten worden. Die vraag werd slechts in 20% bevestigend beantwoord, en wel *vaker door mannen* dan vrouwen (20 versus 11%), *door jongeren* versus ouderen (21 versus 9%) en *hoger-opgeleiden* versus laag-opgeleiden (21 versus 7%). Ook hierbij komt het subjectieve element weer tot uiting.

De ondervraagden waren ook van mening dat de inhoud van het verzekerde pakket nu voornamelijk wordt vastgesteld door de overheid (94%) en de zorgverzekeraars (80%). De voorkeur van de ondervraagden ging echter uit naar vaststelling door (in deze volgorde) artsen (72%), patiëntverenigingen (70%) deskundigen/wetenschappers (70%) en dan pas overheid (62%). De zorgverzekeraars, die momenteel volgens de geldende afspraak “de Regie van de Zorg” in handen hebben, kwamen nu op de laatste plaats (32%). Mannen kozen vaker voor de overheid en politiek als bepalers van de inhoud van het basispakket, maar vrouwen juist voor artsen en patiënten of burgers.

Slechts de helft van de geenquêteerden wilde beslissen over het instellen van een maximum voor de kosten voor een bepaalde behandeling. Kennelijk blijft dit een moeilijke keuze voor velen van ons, ook voor leken.

Is meer onderzoek naar doelmatigheid noodzakelijk en mogelijk?

De minister van VWS eist dat bij plaatsing van een nieuw anti-kankermiddel op de vergoedingslijst dat de aanvrager (niet de farmaceutische firma, maar bijvoorbeeld het aanvragende ziekenhuis)

een plan in moet dienen hoe de doelmatigheid van de behandeling gemeten kan worden. Na 3 jaar volgt een evaluatie, waarna beslist wordt of het middel op de lijst kan worden gehandhaafd. Op dit moment is er al een opdracht van het ministerie om in elk geval de verstrekking van alle middelen van de vergoedingslijst te registreren, op basis van een zgn “Kosten-monitor”.

Een werkgroep onder leiding van het college voor Zorgverzekeringen CVZ buigt zich momenteel over de vraag, op welke wijze uitvoering kan worden gegeven aan de feitelijke bepaling van doelmatigheid, niet alleen van middelen tegen kanker, maar voor alle overige middelen op de vergoedingslijst. Dit betreft niet alleen middelen tegen kanker, maar ook middelen tegen chronisch reuma, darmontstekingen (colitis ulcerosa en M. Crohn), astma, oogziekten, psoriasis, dus een scala aan verschillende indicaties en toepassingen.

Verder onderzoek naar het vaststellen van doelmatigheid in de oncologie

Deze verplichting tot het meten van doelmatigheid, ons door de minister opgelegd, leent zich ook voor aanvullend onderzoek. Ik noem bijv. de volgende onderwerpen:

- 1. Wat vinden patiënten belangrijk als doel van behandeling: toename van overleving (overlevingswinst) of vooral levenskwaliteit? In dat geval moeten we ons bij de indicatie tot aanvullende behandeling meer richten op winst in ziekte-vrije overleving dan op de totale overleving, zoals nu het geval is.

- 2. Wat is de grens voor *klinische* (dwz: betekenisvolle?) significantie? Destijds is voor aanvullende behandelingen bij kanker een winst van 5% in de totale overleving als ondergrens aangehouden. Verschuift deze grens of is het aantonen van *statistische* significantie tegenwoordig ook al voldoende?
- 3. Nader onderzoek naar besluitvormings-processen. Te denken valt aan de vraag: Wat is de grens voor de kosten van een gewonnen levensjaar? Zijn er parallellen met andere vormen van sociale uitkering mogelijk en zijn deze ook maatschappelijk gewenst? (de criteria voor verkeersveiligheid liggen bijvoorbeeld niet veel lager: voor de APK geldt bijv een grens van 80.000 en voor een nieuwe rotonde van plusminus 100.000 Euro per gewonnen levensjaar). Een jaar verpleeghuiszorg kost momenteel plusminus 60.000 Euro, en U herinnert zich nog de discussie over de hogere kosten voor het bewaren van gedetineerden.

De patiëntenzorg: Hoe kunnen we de doelmatigheid verbeteren?

In de patiëntenzorg is de cultuur veranderd van `trust me`, gebaseerd op vertrouwen in de arts naar `tell me`, het uitvoeriger informeren van de patiënt zoals de WGBO (Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst) WGBO voorschrijft. Tegenwoordig geldt echter steeds meer: `show me`, waarbij beslissingen genomen worden in samenspraak met een goed geïnformeerde en autonome patiënt. We spreken hier over het recht tot zelfbeschikking en begrippen als

privacy, autonomie en persoonlijke integriteit, alle gecodificeerd en beschermd door de huidige wet- en regelgeving. De arts moet zich hierbij baseren op datgene, dat binnen de beroepsgroep gebruikelijk is en dat is neergelegd in behandelrichtlijnen.

Op het gebied van het opstellen van *nieuwe behandelrichtlijnen* zullen we nog meer rekening moeten houden met de doelmatigheid van ons medisch handelen en met de financiële haalbaarheid ervan, zoals dat door “*de maatschappij*”, wat dat ook zijn moge, wordt bepaald. De implementatie van deze richtlijnen moet dan worden verbeterd, niet alleen door deelname van de behandelaars bij het opstellen, maar ook van andere maatschappelijke organisaties: patiënten, verzekeraars en politiek. Ik zie daarin nog steeds een belangrijke rol voor de Integrale Kankercentra.

Veranderingen in het onderwijs en de opleiding tot medisch specialist.

Het onderwijs aan de studenten geneeskunde en de opleiding tot medisch specialist zijn ook veranderd. Zowel het onderwijs als de opleiding zijn nu gericht op het behalen van een zevental competenties, (elk verdeeld in zgn sub-competenties). Naast competenties ten aanzien van medisch handelen en communicatie worden expliciet genoemd: *effectief en doelmatig werken binnen een gezondheidsorganisatie en: het verantwoord besteden van beschikbare middelen voor de patiëntenzorg*. Dit betekent dat er in toenemende mate aandacht komt voor doelmatigheid en kosten-

effectiviteit in het onderwijs en de opleiding, ook in de opleiding tot medisch oncoloog.

Deze maatschappelijke aspecten krijgen dus veel meer nadruk dan in het verleden, en ik denk dat dit terecht is. Dit zal leiden tot een generatie artsen en specialisten, die beter in staat is om de budgettaire gevolgen van de gemaakte keuzes te kunnen inschatten en de (soms strijdige) belangen van patiënt en maatschappij af te wegen.

Ik hoop dat ik een bijdrage kan leveren aan het opleiden van deze artsen vanuit de doelstellingen van mijn leeropdracht.

De toekomst: wat staat ons nog te wachten?

Dames en heren, we zullen de komende jaren nog vele grote veranderingen meemaken in de zorg voor patiënten met kanker. Er zullen afspraken gemaakt moeten worden met een brede vertegenwoordiging van diverse maatschappelijke groeperingen over de grenswaarden voor het vergoeden van kostbare medische behandelingen. Een systeem ter beoordeling van doelmatigheid zou echter niet alleen voor medicamenten maar ook voor ander medische verrichtingen en evenzeer voor diagnostische apparatuur moeten gelden.

Er zijn wat dit betreft nog een aantal zaken te regelen, door de beroepsgroep, de patiëntenorganisaties en door de politiek:

Wat betreft de beroepsgroep mag het volgende worden verwacht:

- een inhoudelijke beoordeling van effectiviteit van een *nieuw middel of indicatie* op basis van adequaat wetenschappelijk onderzoek

- en: vaststellen *wanneer een behandeling doelmatig* is, dwz of de vooraf gestelde doelen worden bereikt op een kosten-effectieve wijze
- i.o.m. bijvoorbeeld *patiëntenorganisaties*: een betere omschrijving van de doelstellingen, bijvoorbeeld de minimale toename van overleving, (variërend van een week extra tot volledige genezing)
- Tenslotte zullen nieuwe middelen moeten worden getoetst aan vooraf gestelde criteria voor kosten-effectiviteit, zoals vastgesteld door de *politiek*, na een brede maatschappelijke discussie. Wat dat betreft wordt het hoog tijd dat de politiek zijn verantwoordelijkheid neemt!

Indien de beroepsgroep een nieuwe middel of indicatie positief beoordeelt, mag er echter geen discussie meer zijn over de vergoeding, zeker indien dit binnen de geaccepteerde grenzen valt. Ook zou onze regering meer kunnen ondernemen om grip te krijgen op de prijsstelling door de producent, bijvoorbeeld door betere onderlinge afspraken met andere regeringsinstanties binnen de EU, en door prijs-volume afspraken met de producenten.

De Titel van deze oratie: De prijs van het gelijk”

De Titel van deze oratie: ‘De prijs van het gelijk” verwijst naar de prijs die wij moeten betalen voor het handhaven van het belangrijke principe van *gelijkheid*, als basis van blijvende solidariteit

in onze samenleving. Dit principe zal de komende jaren steeds meer onder druk komen te staan. Wij zullen in de nabije toekomst niet ontkomen aan het stellen van grenzen aan datgene wat wij nog kunnen en willen betalen voor het behoud van een betaalbare gezondheidszorg.....

Ik zie deze toekomst echter met vertrouwen tegemoet en zal daar zeker een bijdrage aan leveren.

Ik heb gezegd.

Referenties

“Forse stijging van de zorguitgaven in de afgelopen jaren”. Rapport RIVM, Bilthoven; 2006.

"Niet van later zorg". Rapport Ministerie van VWS, januari 2007

Richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek, rapport uitgebracht aan de minister van VWS maart 1999.

Zinnige en duurzame zorg, Advies door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg, aan de minister van VWS, Den Haag, 2006

AJG van Rijen en L Ottes, RVZ. Internetgebruikers en prioriteitenstelling in de zorg, enquête door Flycatcher. In: Zicht op Zinnige en duurzame zorg, Achtergrond studie voor het Advies door de Raad voor Volksgezondheid en Zorg, aan de minister van VWS, Den Haag, 2006

Gezondheidsraad: Contouren van het basispakket. Publicatie nr 2003/02, Den Haag, Gezondheidsraad, 2003

DTh Sleijfer. “Moet alles wat kan”? Voordracht voor de NVMO, 6^e Nascholingscursus Medische Oncologie, Papendal, oktober 1999

Richtlijn: Gebruik taxoiden in de Oncologische Praktijk” onder auspiciën van VIKC en NIV. 1996

Dr. R. Otter en Dr. P.H.B. Willemse. Rapport: Landelijk Onderzoek gebruik Taxoiden, LONT, namens het VIKC aan de minister van VWS, 2000.

Raamplan Interne Geneeskunde 2005: Eindtermen van de opleiding Interne Geneeskunde. Ned. Internisten Vereniging NIV, van Zuiden Communications, Alphen aan de Rijn 2005.

Slevin M et al. Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses and general public. BMJ 1990, 300; 1458-60